



# Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies of Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder Veterans

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Naderi Y.\* MD,  
Moradi A.R.<sup>1</sup> PhD,  
Hasani J.<sup>2</sup> PhD,  
Noohi S.<sup>3</sup> PhD

### How to cite this article

Naderi Y, Moradi A, Hasani J, Noohi S. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies of Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder Veterans. Iranian Journal of War & Public Health. 2015;7(3):147-155.

\*Psychiatry & Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>1</sup>"Cognitive Sciences Institute" and "Psychology Department, Psychology Faculty", Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Psychology Department, Psychology & Education Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>"Behavioral Sciences Research Center" and "Psychology Department, Medical Faculty", Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Correspondence

Address: Psychiatry & Behavioral Sciences Research Center, Zareh Center of Psychiatry and Burning, Kilometer 5 of Sari-Neka Road, Imam Reza Boulevard, Sari, Iran.  
Postal Code: 4815466848  
Phone: +98 9017977755  
Fax: +98 1133285659  
yazdan.nr66@yahoo.com

### Article History

Received: May 4, 2015  
Accepted: June 21, 2015  
ePublished: August 25, 2015

## ABSTRACT

**Aims** One of the consequences of exposure to the ravages of war is Post-Traumatic Stress Disorder. Variety of treatments has presented to help these patients. The target of this paper was to study the effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post-traumatic stress disorder veterans.

**Material & Methods** In this experimental study with single subject multiple based line method, 6 post-traumatic stress disorder patients were selected through available sampling, matched together and then divided into 3 groups (emotional schema therapy combined with medications, cognitive behavioral therapy combined with medications & medications). Tools of the study were Leahy Emotional Schema Scale (LESS) and the Short Form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-18) and the Persian versions of the Impact of Event Scale-Revise (IES-R). Data analysis was done by indexes of effect size, Cohen's d, process changes, slope and interpretation of ups & downs in charts.

**Findings** Scores of patients who received emotional schema therapy decreased in negative emotional schema (rumination, guilt, uncontrollability) and scores of some positive emotional schema (higher values, acceptance, comprehensibility, and consensus) were increased. In addition, emotional schema therapy increased the scores of some adaptive cognitive emotion regulation strategies (especially acceptance) and decreased some maladaptive cognitive emotion regulation strategies (self-blaming, rumination, catastrophizing).

**Conclusion** Emotional schema therapy that directly targets the basic mechanisms of treatment of Post-Traumatic Stress Disorder is appropriate choice for treatment of this disorder.

**Keywords** Stress Disorder, Post-Traumatic; Cognitive-Behavior Therapy; Cognitive Emotion Emotional Schemas

## CITATION LINKS

[1] Cognitive vulnerability to emotional ... [2] A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for ... [3] Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) [4] A model of emotional ... [5] Emotional schemas and resistance to change in anxiety ... [6] Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's ... [7] Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled ... [8] Emotional processing of fear: Exposure to corrective ... [9] The role of the emotional intelligence and emotional ... [10] Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood ... [11] Toward a psychobiology of posttraumatic ... [12] Emotional processing in posttraumatic stress ... [13] Toward a unified treatment for emotional ... [14] The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological ... [15] Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious ... [16] Emotional schema therapy: A bridge over troubled ... [17] Acceptance and commitment ... [18] Optimizing inhibitory learning during exposure ... [19] Mindfulness and experiential avoidance as predictors of ... [20] Factor Structure and Psychometric Properties of Emotional Schema ... [21] Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional ... [22] The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation ... [23] Manual for the Beck depression ... [24] The impact of event ... [25] Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress ... [26] Mindfulness, psychological flexibility and emotional ... [27] Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed ... [28] Cognitive emotion regulation and written exposure therapy for posttraumatic stress ... [29] Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related ... [30] Treatment of ...

## اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

یزدان نادری\* MD

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

علیرضا مرادی PhD

پژوهشکده علوم شناختی\* و گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

جعفر حسینی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

سیمانا نوحی PhD

مرکز تحقیقات علوم رفتاری\* و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** یکی از پیامدهای قرارگرفتن در معرض ویرانی‌های جنگ، اختلال استرس پس از سانحه است. درمان‌های متعددی برای کمک به مبتلایان این اختلال ارائه شده است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش تجربی به‌روش تک‌آزمودنی چندخط‌پایه، ۶ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و پس از هم‌تاسازی در ۳ شیوه درمانی (ترکیب درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی و دارودرمانی، ترکیب درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی و درمان دارویی صرف) قرار گرفتند. ابزار پژوهش، مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی، فرم کوتاه پرسش‌نامه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مقیاس تجدیدنظرشده تاثیر رویداد بود. تحلیل داده‌ها توسط شاخص‌های اندازه اثر، کوهن، تغییر روند، شیب و تفسیر فراز و فرودهای نمودارها انجام شد.

**یافته‌ها:** در بیماران که درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی دریافت کردند نمرات طرحواره‌های منفی (نشخوارذهنی، غیرقابل کنترل بودن، احساس گناه) کاهش و نمرات برخی طرحواره‌های مثبت (ارزش‌های والا، پذیرش، قابل درک بودن و وفای) افزایش پیدا کرد. همچنین درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی، نمرات برخی راهبردهای سازگاران نظم‌جویی شناختی هیجان (به‌خصوص پذیرش) را افزایش و نمرات برخی راهبردهای ناسازگاران نظم‌جویی شناختی هیجان (ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه‌سازی) را کاهش داد.

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی که سازوکارهای زیربنایی اختلال استرس پس از سانحه را به‌طور مستقیم هدف قرار می‌دهد، گزینه بسیار مناسبی برای درمان این اختلال است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال استرس پس از سانحه، درمان شناختی- رفتاری، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، طرحواره‌های هیجانی، درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی

فصل‌نامه طب جانباز

دوره ۷، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۳۱

\*نویسنده مسئول: yazdan.nr66@yahoo.com

### مقدمه

از مهم‌ترین رویدادهای تاریخ معاصر ایران، تجربه جنگ تحمیلی هشت‌ساله است. جنگ یکی از فجایع ساخت دست بشر است. رخدادهای و ویرانی‌های ناشی از جنگ تأثیرات بزرگی بر اقشار مختلف جامعه گذاشته است. یکی از پیامدهای قرارگرفتن در معرض ویرانی‌های جنگ، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. اختلال استرس پس از سانحه در DSM-V (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویرایش پنجم) در طبقه جدید اختلالات مربوط با تروما و استرس طبقه‌بندی شده است. علایم این اختلال شامل بازتجربه‌کردن ناخواسته و تکراری رویداد، اجتناب از یادآورنده‌های رویداد تروماتیک، دگرگونی قابل ملاحظه در بیش‌برانگیختگی و واکنش‌پذیری افراطی و تغییرات منفی در شناخت‌واره‌ها و خلق مربوط به رویداد تروماتیک است [۱]. پس از معرفی اختلال توسط DSM، درمان‌های متعددی برای کمک به مبتلایان این اختلال ارائه شد. یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که از میان درمان‌های روان‌شناختی، درمان شناختی- رفتاری به‌دلیل کارآمدی و اثربخشی قابل توجه به‌عنوان گزینه درمانی خط اول PTSD، قلمداد شده است [۲، ۳]. اما مقاومت بیماران نسبت به درمان و میزان ریزش، چالشی مهم در مسیر اثربخشی این روش درمانی است [۴-۶]. علی‌رغم اثربخشی مطلوب درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر اختلال PTSD، پژوهش‌های صورت‌گرفته در مورد میزان اثربخشی و تداوم آن قابل توجه است، به‌طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان شناختی- رفتاری اگر چه اثربخش است، ولی حدود ۴۰٪ این بیماران پس از بهبودی در دوره پیگیری مجدد علایم اختلال را گزارش می‌کنند [۳]. از سوی دیگر پژوهش‌های متعدد حاکی از ریزش زودهنگام بیماران PTSD از فرآیند درمان شناختی- رفتاری است [۷].

یکی از نظریه‌های تبیینی در ارتباط با چالش ریزش و عدم همکاری و مقاومت بیماران در جریان درمان شناختی- رفتاری (به‌خصوص فنون مواجهه‌سازی)، نظریه طرحواره‌های هیجانی است. سازه طرحواره هیجانی، سازه فراتشخیصی است که اخیراً در فرمول‌بندی و درمان آسیب‌های روان‌شناختی مطرح شده و به چگونگی مفهوم‌سازی، ادراک و راهبردهای پاسخ‌دهی افراد به عواطف خود اشاره دارد و لیهی آنها را به‌صورت معتبرسازی به‌وسیله دیگران، قابل درک بودن، احساس گناه، نگاه ساده‌انگارانه به عاطفه، ارزش‌های بالا، غیرقابل کنترل بودن، بی‌حسی هیجانی، خواستار عقلانیت بودن، چرخه عواطف و وفای، پذیرش احساسات، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش کردن طبقه‌بندی می‌کند [۴].

در درمان‌های دیگر از جمله درمان شناختی- رفتاری خالی است، می‌تواند به‌عنوان درمان اثربخش مطرح شود. این سازوکارها شامل شناسایی طرحواره‌های هیجانی بیمار و تعدیل آنها، شناسایی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان‌نازگار و جایگزینی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان‌سازگانه‌تر و تعدیل آنها، توجه به هیجان‌ات بیمار و استفاده از آن به‌عنوان عاملی برای عمیق‌ترکردن درمان، اهمیت‌دادن به رابطه درمانی و عدم تعهد کامل به دستور جلسه و ساختار درمان هستند [۴، ۶، ۱۵، ۱۶]. درمانگر EST بعد از آماده‌کردن بیماران مبتلا به PTSD برای مواجهه‌سازی (همان‌طور که گفته شد این آماده‌سازی از طریق تعدیل طرحواره‌ها و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و برقراری رابطه درمانی عمیق‌تر صورت می‌گیرد) به بیمار کمک می‌کند تا به بهترین شکل تمرین‌ها و تکالیف مواجهه‌سازی را انجام دهد. به‌علاوه، این مدل‌های درمانی معتقدند که سازوکار اثربخشی مواجهه‌سازی صرفاً یک خوگیری ساده نیست [۶، ۱۳، ۱۷]، بلکه در سازوکار اثربخشی مواجهه‌سازی، پردازش هیجانی و یادگیری بازداری نیز نقش مهمی دارند [۱۸]. در جریان یادگیری بازداری، برای کارآمدی مواجهه‌سازی، ضروری نیست که بیمار تداعی‌هایی را که موجب شده است یک محرک غیرشرطی تبدیل به محرک شرطی و فراخوان اضطراب شود را خاموش کند. یادگیری بازداری شامل پرورش یک پاسخ شرطی‌شده جدید نسبت به محرک ترس‌آور است که ممکن است بدون توجه به ترس زیربنایی فعال‌شده در جریان مواجهه‌سازی در فرد به‌وجود آید [۱۸]. از سوی دیگر، پژوهشگران مطرح کردند که هدف درمان EST کاهش درد یا کاهش ترس نیست، بلکه هدف افزایش تحمل بیمار در مقابل این دردها و ترس‌ها است [۱۶].

بخش قابل توجهی از محتوای درمان EST را فنون تنظیم هیجانی تشکیل داده است، زیرا درمان EST معتقد است که این راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجانی است که موجب تداوم اختلال می‌شود [۶]. از آنجایی که پژوهش‌های متعدد تاییدکننده نقش اساسی راهبردهای تنظیم هیجانی در سبب‌شناسی، تشدید و تداوم اختلال PTSD هستند [۱۰-۱۲]، این موضوع می‌تواند نوید اثربخش‌بودن درمان EST در بیماران PTSD باشد.

درمان EST با استفاده از هیجان‌های دردناک بیمار برای برقراری رابطه درمانی عمیق، شناسایی و تعدیل طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی، مقاومت بیماران PTSD را به حداقل می‌رساند و به موجب آن درمانگر و بیمار می‌توانند فنون مواجهه‌سازی با هیجان‌های دردناک ناشی از تروما را به‌خوبی انجام دهند و از آنجایی که اجتناب تجربی و مواجهه‌نشدن بیمار PTSD با ترس‌هایش اساسی‌ترین عامل ماندگاری بیماری است [۱۹]، فراهم‌کردن بهترین شرایط برای مواجهه‌سازی کامل می‌تواند

همان‌طور که اشاره شد رویکرد طرحواره‌های هیجانی موجب عدم همکاری و مقاومت بیمار در جریان درمان و در نتیجه ریزش بیمار در درمان می‌شود [۴]. وی همچنین معتقد است طرحواره‌های هیجانی بیماران باعث می‌شود که آنها از هیجان‌ات خود فاصله بگیرند (اجتناب هیجانی) [۶]. اهمیت این موضوع زمانی بیشتر می‌شود که بدانیم یکی از اساسی‌ترین اصول درمان PTSD مواجهه‌سازی بوده و تا هنگامی که بیمار با طرحواره‌های ترس خود به‌خوبی مواجه نشود، بهبودی چندانی حاصل نمی‌شود [۸]. در راستای اهمیت طرحواره‌های هیجانی، پژوهش‌های متعدد نشان‌دهنده ارتباط طرحواره‌های هیجانی با اختلال استرس پس از سانحه هستند [۴، ۵، ۹]. بنابراین واضح است که پرداختن به طرحواره‌های هیجانی قبل از مواجهه‌سازی، میزان همکاری بیماران را در جریان درمان بالا می‌برد و از ریزش زودهنگام بیماران جلوگیری می‌کند [۵].

از دیگر سازه‌هایی که در اختلالات اضطرابی و به‌خصوص اختلال استرس پس از سانحه نقش مهمی دارد، سازه نظم‌جویی شناختی هیجان است [۱۰-۱۲]. هر یک از اختلالات اضطرابی، از جمله اختلال استرس پس از سانحه با ترس از اضطراب و احساسات بدنی‌شان مشخص می‌شوند که شامل یک ساختاری از بدتنظیمی هیجانی است که زیربنای مقاومت در به‌کار بستن مواجهه و تداوم اثربخش پردازش اطلاعات هیجانی است [۵].

پژوهش‌های متعدد نشان دادند که نظم‌جویی شناختی هیجان در انواع اختلالات از جمله اختلال استرس پس از سانحه نقش دارد [۱۳]، به‌طوری که علایمی از قبیل سوء مصرف مواد و مشکلات در مدیریت خشم به‌عنوان علایم ثانویه و واکنشی اختلال استرس پس از سانحه تلقی نمی‌شوند (مانند مصرف مواد به‌عنوان مقابله با بیش‌برانگیختگی)، بلکه بیشتر به‌عنوان اختلالاتی در نظر گرفته می‌شود که مستقیماً نتیجه تروما‌های متعدد و به‌طور مفهومی به‌عنوان اختلالاتی در کارکردهای خودتنظیمی هیجان‌ات و روابط بین‌فردی در نظر گرفته می‌شود [۱۴]. تحت این مفهوم‌سازی، علایم کلاسیک اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان شکلی از بدتنظیمی مزمن هیجانی نگریسته می‌شود [۱۱].

با توجه به آنچه که مطرح شد، می‌توان ادعا کرد که یکی از بزرگترین چالش‌ها در درمان اختلال استرس پس از سانحه مقاومت آنها در فرآیند مواجهه‌سازی است که ممکن است به عللی چون؛ طرحواره‌های هیجانی بیمار، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیمار و شیوه برخورد درمانگر با بیمار مربوط باشد [۴، ۶، ۱۵]. اساساً درمان EST (طرحواره درمان هیجانی) برای شکستن مقاومت بیماران اضطرابی طراحی شده است [۵]. اینکه این مدل درمانی چگونه با این چالش‌ها برخورد می‌کند به سازوکارهای موجود در این درمان برمی‌گردد. درمان EST با تکیه بر سازوکارهایی که جای آن

فلوکستین، آلپروزولام و سرترالین بود و این داروها در هر ۶ بیمار تا پایان مرحله پیگیری مورد مصرف قرار می‌گرفت.

**مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS):** پرسش‌نامه طرحواره‌های هیجانی توسط لیهی بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است. همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد. به طور کلی نتایج به دست آمده از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است [۲۰].

**فرم کوتاه پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ):** نسخه اصلی این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران [۲۱] به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است. این نسخه شامل ۹ خرده‌مقیاس، معرف ۹ راهبرد تنظیم شناختی هیجان است که هر یک چهار ماده از این پرسش‌نامه را به خود اختصاص می‌دهند. خرده‌مقیاس‌های تشکیل‌دهنده این پرسش‌نامه عبارتند از: ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد، پذیرش و دیدگاه‌گیری. حسنی [۲۲] با استفاده از تکنیک ترجمه مضاعف، نسخه فارسی و کوتاه‌تر این پرسش‌نامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در CERQ-P هر یک از خرده‌مقیاس‌ها شامل دو ماده هستند که براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از یک (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. پژوهش حسنی [۲۲] نشان می‌دهد ماده‌های CERQ-P همسانی درونی خوبی (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶) داشته و ضرایب همبستگی آزمون/آزمون مجدد ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ بیانگر پایایی مقیاس بود. همچنین الگوی ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه افسردگی بک دو (BDI-II) [۲۳] بیانگر روایی ملاکی همزمان مناسب CERQ-P است.

**مقیاس تجدیدنظرشده تاثیر رویداد (IES-R):** این مقیاس یک پرسش‌نامه خودسنجی ۲۲ ماده‌ای است که فراوانی نشانه‌های پس از سانحه، اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علایم آزاردهنده را (در خرده‌مقیاس‌های جداگانه) در طول یک هفته اخیر می‌سنجد. همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ ۰/۹۲ - ۰/۷۹) و پایایی آزمون - بازآزمون آن خوب است [۲۴]. این مقیاس توسط مردی و همکاران [۲۵] در ایران هنجاریابی شده است و به عنوان

تحوالی در درمان‌های اختلال PTSD ایجاد کند. با توجه به اینکه درمان EST روی طرحواره‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی بیمار تاثیر می‌گذارد، منطقی است که فرض کنیم با اجرای این درمان روی بیماران PTSD علاوه بر تعدیل طرحواره‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی، می‌توان مقاومت آنها را نسبت به درمان کاهش داد. با توجه به محدودیت پیشینه پژوهش در مورد تاثیر اجرای درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی روی سازه‌های ذکر شده، هدف پژوهش حاضر ارزیابی تاثیر اجرای این درمان روی طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی بیماران PTSD و مقایسه آن با درمان شناختی- رفتاری و دارویی صرف بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات تجربی به روش تک‌آزمودنی چندخط‌پایه است. جامعه آماری را تمامی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (ترومای جنگ) تشکیل دادند که در فاصله زمانی سه‌ماهه ۲۵ شهریور تا ۲۵ آذر ۱۳۹۲ به درمانگاه یکی از بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کردند. از بین این بیماران، تعداد ۶ نفر (مرد) که در دامنه سنی ۴۴ تا ۵۵ سال قرار داشتند (با میانگین سنی ۴۸/۰۰ ± ۴۶/۰۰ سال) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص اختلال PTSD بر مبنای نظر روان‌پزشک و تایید آن به وسیله مصاحبه تشخیصی ساختاریافته براساس DSM-IV-TR (متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) انجام شد. معیارهای ورود شامل؛ داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه، سطح تحصیلات حداقل سیکل سوم راهنمایی) و رضایت کتبی بیمار برای شرکت در فرآیند درمان بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل؛ وجود ملاک‌های پسایکوز در بیمار و وجود اختلال وابستگی به مواد بودند.

بعد از گمارش تصادفی بیماران PTSD در سه شیوه درمانی، ۲ بیمار تحت درمان ترکیبی دارویی و درمان EST قرار گرفتند که درمان EST براساس مدل نظری درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی لیهی [۶] بود. این مدل براساس کتاب تنظیم هیجانی در اختلالات روانی لیهی [۶] و توسط پژوهشگران پژوهش حاضر طراحی شده و بعد از نظرخواهی از دکتر لیهی و اصلاحاتی که ایشان انجام دادند، برای اولین بار در ارتباط با اختلال استرس پس از ضربه به کار رفته است. طول جلسات درمان ۱۰ جلسه بود و جلسات به صورت هفته‌ای یک بار برگزار می‌شد. خلاصه محتوای جلسات درمان EST برای اختلال استرس پس از سانحه در جدول ۱ شرح داده شده است. ۲ بیمار هم درمان ترکیبی دارویی و CBT را دریافت نمودند. درمان CBT هفته‌ای یک بار و در طول ۱۰ جلسه انجام شد. ۲ بیمار هم فقط تحت درمان دارویی قرار گرفتند. داروهایی که هر ۶ بیمار با دوز یکسان دریافت نمودند شامل

اثر بخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ ۱۵۱ ابزار سنجش درماندگی پس از سانحه دارای اعتبار بالایی است، گر چه باید تاکید شود که ابزار تشخیصی PTSD نیست.

**جدول (۱)** محتوای جلسات درمان EST برای اختلال استرس پس از سانحه

<b>جلسه اول</b>	برقراری رابطه درمانی عمیق، تدوین فرمول‌بندی موردی، ارایه منطق درمان و اهداف درمانی، ارایه مدل سبب‌شناسی و درمان از رویکرد طرحواره‌های هیجانی، توجه به هیجانات دردناک بیمار و عادی‌سازی آنها، ارایه تکلیف کارکرد هیجانات
<b>جلسه دوم</b>	مرور تکلیف خانگی، صحبت درباره هیجانات دردناک و پرداختن طرحواره‌های هیجانی بیمار و طراحی آزمایش رفتاری برای به‌چالش کشیدن آنها، ارایه تکلیف مشاهده و توصیف هیجانات
<b>جلسه سوم</b>	مرور تکلیف خانگی، صحبت درباره هیجانات دردناک و پرداختن طرحواره‌های هیجانی بیمار و بررسی آزمایش رفتاری طراحی شده در جلسه قبل، پرداختن به افسانه‌هایی که بیمار در مورد اختلال و هیجان‌هایش دارد، ارایه تکلیف افسانه‌های هیجانی و طراحی آزمایش رفتاری برای به‌چالش کشیدن طرحواره‌های هیجانی شناسایی شده در بیمار
<b>جلسه چهارم</b>	مرور تکلیف خانگی، پرداختن به طرحواره‌های هیجانی شناسایی شده در بیمار، چالش‌های کلامی و گفت‌وگوی سقراطی در مورد نتایج آزمایش‌های رفتاری
<b>جلسه پنجم</b>	مرور تکلیف جلسه قبل، پرداختن به طرحواره‌های هیجانی شناسایی شده در بیمار، کار روی اجتناب هیجانی بیمار، ارایه تمرین موقتی بودن هیجانات و طراحی یک آزمایش رفتاری برای آن، ارایه فرم فهرست فعالیت برای آزمایش کردن باور موقتی بودن هیجانات
<b>جلسه ششم</b>	مرور تکلیف خانگی، کمک به بیماران برای پذیرش هیجانات خود، پرداختن به طرحواره‌های هیجانی مداخله‌کننده در پذیرش و تجربه هیجانات دردناک، ارایه تکنیک ذهن آگاهی گسلیده
<b>جلسه هفتم</b>	مرور تکلیف خانگی، شروع مواجهه‌سازی آرام و تجسمی، ترغیب بیمار در اتخاذ یک حالت غیرقضوتی و موقتی نسبت به این هیجانات دردناک، سنجش طرحواره‌های هیجانی مداخله‌کننده با هیجانات ناشی از تجسم تروما قبل و بعد از مواجهه‌سازی و بحث در مورد آن، ارایه تکلیف خانگی نوشتن رویداد تروماتیک و شناسایی طرحواره‌هایش در هنگام نوشتن
<b>جلسه هشتم</b>	مرور تکلیف خانگی، بحث در مورد طرحواره‌های هیجانی مداخله‌کننده در هنگام نوشتن داستان تروما، بحث و چالش کلامی در مورد آنها، ادامه مواجهه‌سازی با رویداد تروماتیک و ارایه تکلیف هیجانات به‌عنوان اهداف
<b>جلسه نهم</b>	مرور تکلیف خانگی، بحث در مورد شدت طرحواره‌ها قبل و بعد از مواجهه‌سازی، پرداختن به اجتناب باقی‌مانده بیمار، مواجهه‌سازی بیمار به این شیوه که بیمار با صدای بلند داستان تروما را می‌خواند، درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان
<b>جلسه دهم</b>	مرور تکلیف خانگی، کار روی برنامه درمان (پیشگیری از عود)، برنامه‌ریزی برای جلسات تقویتی، تکلیف خانگی، تعهد به کاربرد مداوم تمرین‌های درمان

بعد از جایگزینی تصادفی بیماران در سه شیوه درمانی، درمان EST و CBT به‌وسیله روان‌شناس بالینی (بر طبق پروتکل درمانی لیهی خلاصه‌شده در جدول ۱) و درمان دارویی توسط روان‌پزشک انجام شد. تمامی بیمارانی که در دو شیوه درمانی ترکیبی قرار داشتند ۵ دفعه و بیماران درمان صرفاً دارویی هر کدام ۳ دفعه، به‌وسیله LESS، CERQ و IES-R ارزیابی شدند.

با توجه به طرح تک‌آزمودنی پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های اندازه اثر، کوهن، تغییرات روند و شیب برای هر بیمار استفاده شد و روند تغییرات شدت طرحواره‌های هیجانی (مثبت و منفی) و راهبردهای تنظیم هیجانی (سازگارانه شامل تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، دیدگاه‌گیری و تمرکز بر برنامه‌ریزی و ناسازگارانه شامل نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، ملامت خویشتن و ملامت دیگران) طی جلسات روی نمودارها به‌طور جداگانه نشان داده شد. فرآیند شناخت‌درمانی برای اختلال PTSD را می‌توان به‌صورت گذر از یک سلسله‌مراحلی در نظر گرفت، ساختار درمان شناختی طبق دیدگاه کلارک و بک شامل ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای است که شامل؛ مشخص کردن اهداف درمان و به‌توافق رسیدن با بیمار بر سر اهداف درمان، ارزیابی روان‌شناختی، مفهوم‌سازی موردی، آماده‌سازی بیمار برای شروع درمان، ارزیابی افکار و عقاید منفی در مورد اختلال استرس پس از سانحه و اصلاح و بازسازی شناختی ارزیابی‌های غلط، بازسازی شناختی متمرکز روی حادثه یا آسیب (تروما)، کشف خطاهای شناختی بیمار و اجرای تکنیک بررسی شواهد، به‌کاربردن تکنیک سود و زیان، مواجهه‌سازی خیالی، اصلاح کنترل شناختی و رفتارهای ناسازگارانه، مراقبه و آرسی بدنی و کاهش هیجان است.

**جدول (۲)** خصوصیات جمعیت‌شناسی بیماران PTSD مورد مطالعه

شماره بیمار	نوع درمان	سن (سال)	مدت ابتلا (سال)
۱	درمان EST	۴۵	۱۶
۲	درمان EST	۴۸	۱۰
۳	درمان CBT	۵۰	۲۳
۴	درمان CBT	۴۹	۲۰
۵	درمان دارویی	۴۵	۱۵
۶	درمان دارویی	۴۴	۱۰

## یافته‌ها

تمامی ۶ بیمار مورد مطالعه، مرد، دارای سطح تحصیلات دیپلم و مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) بودند. همچنین به‌جز یک نفر، همگی آنها متاهل بودند. بین خصوصیات جمعیت‌شناسی بیماران تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت (جدول ۲).

در آزمودنی اول پس از درمان EST درصد بهبودی (تغییرات روند) در مقیاس IES، ۶۳ و درصد کاهش نمرات (شیب) ۳۸ بود.

جدول ۳) شاخص تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات بیماران در مقیاس پس‌رویداد (IES-R) و در طرحواره‌های هیجانی منفی

بیماران	خط پایه	انحراف	درصد	درصد	شاخص	اندازه	درصد	درصد	انحراف	خط پایه	بیماران
دارودرمانی	بعد از مداخله	استاندارد مداخله	بهبودی پس از مداخله	بهبودی پس از پیگیری	کوهن	اثر	کاهش نمرات	کاهش نمرات	مداخله	مداخله	کوهن
<b>نمرات بیماران در مقیاس پس‌رویداد (IES-R)</b>											
<b>درمان ترکیبی دارویی و EST</b>											
بیمار ۱	۷۲	۶/۷۸	۶۳	۴۶	۵/۷۷	۰/۹۴	۳۸	۳۶	۰/۹۳	۵/۳۶	۱
بیمار ۲	۷۱	۷/۲۱	۵۴	۴۴	۴/۸۵	۰/۹۲	۳۵	۳۸	۰/۹۳	۵/۲۴	۲
<b>درمان ترکیبی دارویی و CBT</b>											
بیمار ۱	۶۹	۷/۲۱	۴۶	۴۳	۴/۲۷	۰/۹۰	۳۱	۳۷	۰/۹۲	۰/۰۵	۱
بیمار ۲	۷۴	۷/۸۹	۵۱	۴۹	۴/۴۴	۰/۹۱	۳۳	۳۳	۰/۹۱	۴/۴۴	۲
<b>درمان صرفاً دارویی</b>											
بیمار ۱	۹۰	۸/۲۵	۴۲	۶۹	۴/۵۹	۰/۹۱	۳۰	۳۰	۰/۸۷	۳/۵۷	۱
بیمار ۲	۶۹	۶/۵۶	۳۲	۵۰	۲/۷۷	۰/۸۱	۲۴	۳۸	۰/۸۴	۳/۱۹	۲
<b>نمرات بیماران در طرحواره‌های هیجانی منفی</b>											
<b>درمان ترکیبی دارویی و EST</b>											
بیمار ۱	۱۰/۲۸	۵/۲۸	۹۴	۵/۹۰	۳/۰۲	۰/۸۳	۴۸	۴۲	۰/۷۹	۲/۶۵	۱
بیمار ۲	۱۰	۵/۷۰	۷۵	۵/۵۰	۲/۴۲	۰/۷۷	۴۳	۸۱	۰/۷۸	۲/۵۳	۲
<b>درمان ترکیبی دارویی و CBT</b>											
بیمار ۱	۹/۸۵	۷/۵۷	۳۰	۸/۱	۱/۵۲	۰/۶۰	۲۳	۲۱	۰/۳۱	۰/۶۶	۱
بیمار ۲	۸/۸۴	۶/۲۸	۴۰	۶/۴۴	۲/۷۰	۰/۸۰	۲۸	۳۷	۰/۷۸	۲/۰۵	۲
<b>درمان صرفاً دارویی</b>											
بیمار ۱	۱۰	۹/۵۱	۵۱	۹/۸۹	۰/۶۷	۰/۳۳	۴/۹	۱/۱۱	۰/۰۷	۰/۱۵	۱
بیمار ۲	۱۰/۲۸	۹/۸۶	۴/۲۵	۹/۵۸	۰/۴۵	۰/۲۱	۳/۷۴	۷/۳۰	۰/۳۵	۰/۷۵	۲

کردند به تدریج کاهش پیدا کرد، اما این امر در مورد بیماران دو شیوه درمانی دیگر کمتر صادق بود. در مقابل، این نتایج در مورد راهبردهای سازگارانه تقریباً برعکس بود. پیش از درمان تقریباً هر سه گروه در بهره‌بردن از راهبردهای سازگارانه در حد نسبتاً ضعیفی بودند. اما پس از پایان درمان، نمرات بیماران دریافت‌کننده درمان EST به مراتب بیشتر از سایر گروه‌ها بود (نمودارهای ج ۱ و د ۱).

### بحث

در مجموع، نتایج پژوهش بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی می‌تواند میزان استفاده بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی و طرحواره‌های منفی کاهش دهد. یافته اول پژوهش نشان داد بیماران دریافت‌کننده درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی، نمرات به مراتب پایین‌تری نسبت به دو شیوه درمانی دیگر، در مولفه‌های طرحواره‌های هیجانی منفی کسب کردند. این یافته تا حدودی قابل پیش‌بینی بود، به‌خاطر اینکه در تک‌تک جلسات درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر شناسایی و چالش و تعدیل طرحواره‌های هیجانی تاکید می‌شد و اغلب فونونی که در این درمان مورد استفاده قرار گرفتند این طرحواره‌ها را مورد هدف قرار دادند.

همچنین میزان تغییرپذیری در مقیاس IES ۵/۳۶ بود. درمان EST در کاهش نمرات طرحواره‌های هیجانی بیمارانی که این درمان را دریافت کرده بودند، قابل ملاحظه بود. همچنین میزان اثربخشی درمان EST در کاهش نمرات بیماران در طرحواره‌ها بالا بود. در واقع درصد کاهش نمرات بیماران بیانگر اثربخشی درمان EST بر طرحواره‌های هیجانی بیماران بود (جدول ۳).

بیمارانی که تجربه درمان EST داشتند، در مقایسه با دو گروه دیگر، در پایان درمان شاهد کاهش چشمگیری در شدت طرحواره‌های هیجانی منفی بودند. در واقع میانگین دو گروه درمان ترکیبی CBT و دارویی و درمان صرفاً دارویی بعد از سه ماه تغییر چندانی نکرده بود. این موضوع بیشتر در مورد درمان صرفاً دارویی صدق می‌کرد. علاوه بر بازبینی دیداری نمودارها، اثربخشی و اندازه ضریب تاثیر بیانگر کاهش قابل توجه طرحواره‌های هیجانی منفی بیماران درمان EST بود (نمودار الف). با توجه به یکسانی خط پایه بیماران در نمرات طرحواره‌های هیجانی مثبت بعد از مداخله و در مرحله پیگیری، اثربخشی درمان EST در افزایش طرحواره‌های هیجانی مثبت بیشتر بود (نمودار ب). بیماران در خط پایه تقریباً به یک اندازه از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان استفاده کردند. با آغاز درمان، نمرات بیمارانی که درمان EST را دریافت

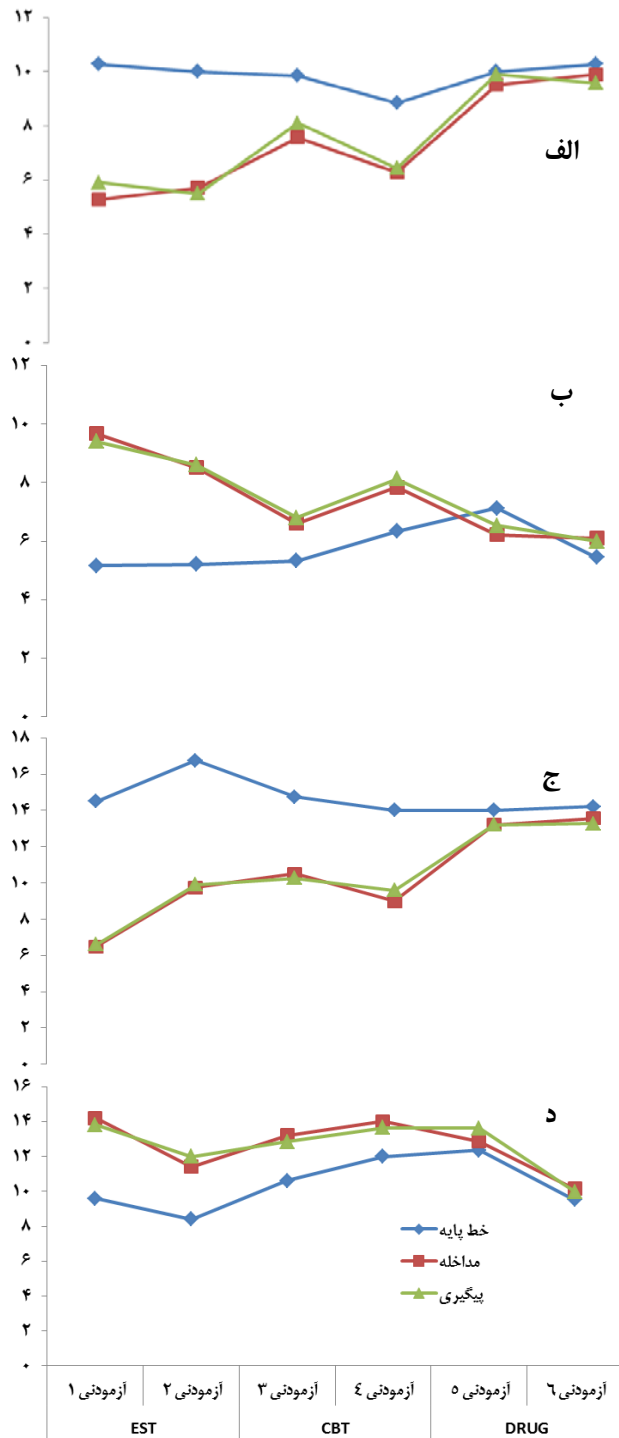






می‌شود، اما درمان شناختی- رفتاری با پرداختن به افکار ناکارآمد، تفسیر بیمار از افکار، احساسات و هیجاناتش و همچنین پای‌بندی زیاد به ساختار درمان که از نظر رویکرد درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی باعث مقاومت بیمار اضطرابی و تداخل در مواجهه‌سازی می‌شود [۱۵]، باعث شد تمرکز کمی روی طرحواره‌های هیجانی بیمار داشته باشد. درمان صرفاً دارویی نیز اثری بر طرحواره‌های هیجانی بیماران نداشت که با توجه به عدم پرداختن به سازه‌های روان‌شناختی و هیجانی در دارودرمانی، عدم اثرگذاری آن روی این سازه‌ها قابل تبیین است.

براساس ادبیات و مبانی پژوهش می‌توان ادعا نمود که درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی با برقراری رابطه درمانی عمیق‌تر، تمرکز بر طرحواره‌های هیجانی خاص هر بیمار، جایگزین کردن راهبردهای تنظیم هیجانی کارآمدتر، شکستن مقاومت بیمار در فرآیند مواجهه‌سازی و اجتناب هیجانی، در کمک به بیماران برای رهایی از علائم اختلال استرس پس از سانحه موثر بوده است. مفهوم رابطه درمانی عمیق‌تر به این اشاره دارد که درمانگر طی جلسات درمانی بیشتر از آنکه به فکر پای‌بندی به دستور جلسه و ساختار درمان باشد به هیجانات و احساس‌های بیمار اهمیت بدهد (که همین امر، درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی را به‌عنوان یک درمانی معرفی می‌کند که به ساختار درمان اهمیت کمتری می‌دهد) [۲۶]. از سوی دیگر این سؤال که چگونه توجه‌کردن به هیجانات و احساسات بیمار در اثربخشی درمان موثر است، اشاره دارد به اعتقاد مبنی بر اینکه اگر به هیجانات بیمار در جریان درمان توجهی نشود بیمار وارد فرآیند مقاومت (مقاومت معتبرسازی، مقاومت قربانی و مقاومت طرحواره‌ای) می‌شود [۵]. به همین دلیل برخی از نظریه‌پردازان نوین درمان شناختی اختلالات تاکید می‌کنند که جزء هیجانی چیزی است که در درمان شناختی- رفتاری باید بیش از پیش مورد توجه قرار بگیرد [۶]. از سوی دیگر، از آنجایی که اختلال استرس پس از سانحه معمولاً همراه با طیف وسیعی از هیجانات دیگر مثل اندوه، خشم، احساس گناه و شرم مشخص می‌شود [۲۷]، اهمیت‌دادن به این موضوع می‌تواند روند اثربخشی تکنیک‌های اصلی درمان را شتاب دهد. همان طور که مطرح شد این طرحواره‌ها چه در فرآیند شکل‌دهی اختلال و چه در شدت‌بخشیدن و تداوم اختلال نقش مهمی دارند [۶]. درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی، بیماران را آموزش می‌دهد تا "طرحواره‌های هیجانی" که نشان‌دهنده باورهای فراتجربی، نظرگاه‌ها، پاسخ‌ها و تمایلات رفتاری عادت‌ی در هنگام بروز هیجان‌ها هستند را ارزیابی کنند و از این طریق به بیماران کمک کنند تا رابطه سازگاران‌های هیجان‌های خود برقرار نمایند [۱۵]. بنابراین واضح است که پرداختن به این طرحواره‌ها در جریان درمان می‌تواند به بیمار در فرآیند بهبودی از علائم کمک کند. از سوی



نمودار ۱) سیر تغییرات میانگین نمرات آزمودنی‌ها در طرحواره‌های هیجانی منفی (الف) و مثبت (ب) و همچنین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ناسازگارانه (ج) و سازگارانه (د)

این یافته با گفته [۴-۶] مبنی بر اینکه داشتن طرحواره‌های هیجانی منفی باعث تداوم اختلالات اضطرابی و ترس آنها از مواجهه‌سازی می‌شود و تعدیل این طرحواره‌ها باعث شکستن مقاومت بیماران

که در رفتاردرمانی دیالکتیک [۳۰] و درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی مورد تمرکز است، می‌تواند توجه‌کننده این یافته باشد که درمان شناختی- رفتاری به‌اندازه درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی نتوانسته بر راهبردهای تنظیم هیجانی اثر داشته باشد.

با توجه به داده‌های به‌دست‌آمده از بخش یافته‌ها می‌توان گفت که این فرضیه تنها در مورد یک مولفه (پذیرش هیجانات) از پنج مولفه تنظیم هیجانی تایید شده است. بیمارانی که درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی را دریافت کرده‌اند در به‌کارگیری مولفه پذیرش هیجانات، افزایش بیشتری نسبت به دو شیوه درمانی دیگر نشان می‌دهند. این تفاوت هم در مرحله پس از درمان و هم در مرحله پیگیری ۴۵ روزه مشاهده می‌شود. اما درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر دیگر مولفه‌های سازگاران تنظیم هیجانی تأثیر چندانی نداشته است. پذیرش هیجان‌های منفی (به‌جای سرکوبی، نشخوار ذهنی و احساس شرمساری از آن هیجان‌ها) نقطه مهم در تغییر آنهاست. به‌کارگیری راهبرد پذیرش هیجانات که یکی از تکنیک‌های مهم درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی است می‌تواند بیش‌برانگیزگی و سرکوب افکار و تصاویر ذهنی مزاحم بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را کاهش دهد و باور بیمار مبنی بر محافظت از خود در برابر حالات درونی اضطراب و هیجان‌های منفی را به چالش بکشد [۱۶]. پذیرش عدم اطمینان نیز می‌تواند نیاز بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای یافتن راه حل‌های کامل را کاهش دهد [۳۰]. در درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی پذیرش اجبارهای درونی، افکار و تصاویر ذهنی مزاحم و احساسات بدنی به این شیوه در بیمار افزایش می‌یابد که از بیمار خواسته می‌شود فواید و مضرات پذیرش در مقابل تلاش برای سرکوبی افکار و احساسات مزاحم را مورد آزمایش قرار دهد.

به‌منظور استفاده بهتر از نتایج این پژوهش باید چند محدودیت را در نظر داشت؛ اول اینکه تعداد نمونه‌های هر شیوه درمانی کم بود که این می‌تواند روایی بیرونی پژوهش را با مشکل مواجه کند. لازم است علاقه‌مندان به پژوهش در این حوزه، پژوهش‌های خود را با بیمارانی بیشتر و محیط‌های بالینی متنوع‌تر انجام دهند. دوم اینکه این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌ها به‌تنهایی نمی‌تواند عوامل تأثیرگذار بر متغیر(های) وابسته را کنترل کند. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست. از این رو توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده عوامل بیشتری که ممکن است بر متغیر وابسته اثر بگذارد را مورد کنترل قرار دهند. سومین محدودیت این پژوهش این است که هم فرآیند ارزیابی و هم فرآیند درمان توسط یک نفر انجام شد که خود همین امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داده‌ها شود. محدودیت آخر به کوتاه‌بودن دوره پیگیری در پژوهش حاضر برمی‌گردد. با توجه به مزمن‌بودن اختلال استرس پس از سانحه این احتمال وجود دارد که بیماران دریافت‌کننده درمان روان‌شناختی پس از دوره پیگیری نتوانند دستاوردهای درمانی را حفظ نمایند.

دیگر، یکی از پیامدهای بسیار نامطلوب به‌کارستن این طرحواره‌ها برای بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه، اجتناب هیجانی است؛ به این معنی که این بیماران از مواجه‌شدن با احساسات نامطلوب خود اجتناب می‌کنند. تکنیک‌هایی که طی فرآیند درمان (اعم از تعدیل طرحواره‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای تنظیم هیجانی کارآمدتر) به‌کار بسته می‌شود، اغلب کاهش اجتناب هیجانی بیماران را مورد هدف قرار می‌دهد.

تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش در مرحله خط پایه، به‌منظور بهره‌گیری از راهبردهای تنظیم هیجانی در سطح مشابه و ضعیفی قرار داشتند که با مطالعاتی که نشان می‌دهند بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در تنظیم هیجانات خود مشکل دارند [۱۲-۱۰]، هماهنگ است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه تعدیل راهبردهای تنظیم هیجانی با موفقیت بیشتر در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه ارتباط مستقیم بالایی دارد با برخی پژوهش‌ها [۲۸] همخوان است.

با توجه به محتوای درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی می‌توان دید که این درمان به آموزش و تعدیل راهبردهای تنظیم هیجانی در درمان اختلال استرس پس از سانحه نقش اساسی داده است و این می‌تواند یکی از عواملی باشد که در اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه کمک‌کننده بوده است. این یافته با برخی پژوهش‌ها [۲۸، ۲۹] همخوان است که گزارش داده‌اند آموزش تنظیم هیجانی سازگاران به بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه باعث اثربخشی بیشتر تکنیک‌های مواجهه‌سازی و پیامد درمانی بهتر می‌شود. از سوی دیگر، درمان شناختی- رفتاری از این بابت که به هیجان‌های بیمار توجه کمتری دارد نافرمانی و عدم پیروی مراجع را افزایش می‌دهد. این مقاومت و فقدان پیشرفت در درمان را می‌توان به‌عنوان راهبردهای تنظیم هیجانی در نظر گرفت که بیمار به‌کار می‌گیرد تا طرحواره‌های شخصی‌اش را در درمان تایید کند و با استفاده از این راهبردها از فقدان‌های بیشتر اجتناب کند و از خود مراقبت نماید [۴، ۵]. پس می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری ممکن است از طریق افزایش مقاومت بیمار، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه را تقویت کند. از سوی دیگر، درمان شناختی- رفتاری به‌خاطر توجه ناکافی به نقش هیجان‌ها و اهمیت رابطه درمانی مورد انتقاد قرار گرفته است. در واقع بسیاری از تازه‌کارها در رویکرد CBT، اتکای بیش از اندازه‌ای بر درمان‌های مورد حمایت تجربی و رویکردهای مبتنی بر راهنما دارند و با اساس دستور جلسه، رفتارها و شناخت‌واره‌های خاص را مورد هدف قرار می‌دهند. اما در شناسایی فرصت‌هایی که رابطه درمانی برای آنها فراهم می‌کند شکست می‌خورند [۲۶]. مقاومت ایجادشده در درمان شناختی- رفتاری و اینکه یکی از روش‌های کاهنده مقاومت بیماران، استفاده از رویکرد آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی است

## نتیجه‌گیری

درمان نوظهور مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی می‌تواند علاوه بر تعدیل طرحواره‌های هیجانی بیمار، میزان استفاده بیماران از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را معکوس کند.

## تشکر و قدردانی: از تمامی مسئولان بیمارستان محل مطالعه،

به‌خصوص مسئولان بخش اعصاب و روان که تمهیدات لازم برای انجام پژوهش حاضر را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

**تاییدیه اخلاقی:** در پژوهش حاضر از تمامی بیماران حاضر در درمان، تاییدیه اخلاقی گرفته شده است و همه آنها نسبت به شرکت در این پژوهش رضایت کامل داشتند.

**تعارض منافع:** موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

**منابع مالی:** منابع مالی این پژوهش توسط خود پژوهشگران تامین شده و هیچ سازمانی به این پژوهش کمک مالی ننموده است.

## منابع

- 13- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther.* 2004;35(2):205-30.
- 14- Van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. New York: Guilford Press; 1996. pp. 182-213.
- 15- Tirsch DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *Int J Cognitive Ther.* 2012;5(4):380-91.
- 16- Leahy RL. Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. In: Herbert JD, Forman EM. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies.* New York: Wiley & Sons; 2011. pp. 109-31.
- 17- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change.* 2<sup>nd</sup> edition. New York: Guilford Press; 2011.
- 18- Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther.* 2008;46(1):5-27.
- 19- Thompson BL, Waltz J. Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *J Anxiety Disord.* 2010;24(4):409-15.
- 20- Khanzadah M, Edrisi F, Muhammadkhani Sh, Sa'idian M. Factor Structure and Psychometric Properties of Emotional Schema Scale. *J Clin Psychol.* 2013;11(3):91-117. [Persian]
- 21- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personal Individ Differ.* 2001;30(8):1311-27.
- 22- Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *J Clin Psychol.* 2010;2(3):73-84. [Persian]
- 23- Beck AT, Steer RA, Brown G. *Manual for the Beck depression inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- 24- Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale-revised (IES-R). *Assessing psychological trauma and PTSD.* New York: Guilford Press; 1997. p. 168.
- 25- Moradi AR, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychol (Amst).* 2008;127(3):645-53.
- 26- Silberstein LR, Tirsch D, Leahy RL, McGinn L. Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *Int J Cognitive Ther.* 2012;5(4):406-19.
- 27- Shepherd L, Wild J. Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2014;45(3):360-7.
- 28- Wisco BE, Sloan DM, Marx BP. Cognitive emotion regulation and written exposure therapy for post traumatic stress disorder. *Clin Psychol Sci.* 2013. Available from: <http://goo.gl/W5egaW>
- 29- Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(5):1067-74.
- 30- Dugas MJ, Ladouceur R. Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behav Modif.* 2000;24(5):635-57.
- 1- Mathews A, MacLeod C. Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:167-95.
- 2- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):214-27.
- 3- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD003388.
- 4- Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive Behav Pract.* 2002;9(3):177-90.
- 5- Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive Behav Pract.* 2007;14(1):36-45.
- 6- Leahy RL, Tirsch DD, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press; 2011.
- 7- Vogel PA, Stiles TC, Götestam KG. Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Behav Cognitive Psychotherapy.* 2004;32(3):275-90.
- 8- Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986;99(1):20-35.
- 9- Hasani J, Naderi Y, Ramazanadeh F, Pourabbass A. The role of the emotional intelligence and emotional schema in women's marital satisfaction. *Fam Res.* 2014;9(4):489-506.
- 10- Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H. Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behav Therapy.* 2005;36(2):119-24.
- 11- Frewen PA, Lanius RA. Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation. *Ann NY Acad Sci.* 2006;1071(1):110-24.
- 12- Litz BT, Orsillo SM, Kaloupek D, Weathers F. Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(1):26-39.